

海田町特定不妊治療支援事業申請セルフチェック表

対象要件に全て該当することを確認のうえ、必要書類を全て揃えてから申請をしてください。

【対象要件】

チェック	内容
<input type="checkbox"/>	申請日において、夫婦（事実婚関係にある者を含む。）のうちいずれかが海田町内に1年以上居住している。
<input type="checkbox"/>	治療開始時の妻の年齢が43歳未満である。
<input type="checkbox"/>	町民税等の滞納がない。
<input type="checkbox"/>	広島県の特定不妊治療支援事業の助成決定を受けており、 <u>広島県特定不妊治療支援事業助成決定通知日から2か月以内の申請である。</u> ※上記期限を過ぎている場合は、申請はできません。
<input type="checkbox"/>	通算助成回数が下記に達していない。 治療開始時の妻の年齢が40歳未満は6回、43歳未満は3回

【必要書類】

チェック	内容
<input type="checkbox"/>	海田町特定不妊治療支援事業申請書
<input type="checkbox"/>	広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
<input type="checkbox"/>	広島県特定不妊治療支援事業申請書の写し 県受付印（写し不可）があるもの。
<input type="checkbox"/>	広島県不妊治療費助成申請に係る証明書の写し 担当者の押印（写し不可）があるもの。
<input type="checkbox"/>	院外薬局の領収書の写し（院外処方を受けてない場合は不要）
<input type="checkbox"/>	振込先口座（申請者名義）がわかる物（通帳等）